

Verifikasi Pekerjaan Employment Verification

KANTOR SETEMPAT	
NOMOR TELEPON	NOMOR FAKS
NOMOR KASUS	TANGGAL

Harap gunakan tinta biru atau hitam dan huruf besar atau diketik.

Bagian 1: Untuk diisi oleh klien/karyawan.						
Saya memberi izin kepada perusahaan tempat saya bekerja untuk memberikan informasi kepada Departemen Layanan Sosial dan Kesehatan (DSHS).						
TANDA TANGAN KARYAWAN	NOMOR JAMINAN SOSIAL (OPSIONAL)	TANGGAL				
Bagian 2: Untuk diisi oleh perusahaan tempat bekerja.						
NAMA KARYAWAN		NAMA PERUSAHAAN TEMPAT BEKERJA				
ALAMAT PERUSAHAAN TEMPAT BEKERJA						
Apakah ini pekerjaan baru? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	JIKA YA, TANGGAL KARYAWAN MULAI BEKERJA	TANGGAL CEK PERTAMA DITERIMA				
RATA-RATA JAM KERJA PER MINGGU	TARIF UPAH ATAU GAJI (PER JAM, HARIAN, ATAU TARIF PER PEKERJAAN)	Apakah pekerjaan telah selesai? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Jika Ya: _____ mengapa: _____				
Frekuensi pembayaran: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Setiap dua minggu <input type="checkbox"/> Dua kali sebulan <input type="checkbox"/> Bulanan						
Apakah ini Studi Kerja? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	JIKA YA, MELALUI SEKOLAH APA?	KAPAN JABATAN ANDA BERAKHIR?				
Pendapatan kotor yang sebenarnya (atau lampirkan slip gaji) selama tiga bulan terakhir:						
BULAN: \$	BULAN: \$	BULAN: \$				
Pendapatan kotor sebenarnya untuk bulan ini dan pendapatan kotor dua bulan mendatang:						
BULAN INI: \$	BULAN: \$	BULAN: \$				
Tip	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya; jika ya, seberapa sering, dan seberapa besar? _____					
Komisi	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya; jika ya, seberapa sering, dan seberapa besar? _____					
Bonus	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya; jika ya, seberapa sering, dan seberapa besar? _____					
Lembur	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya; jika ya, seberapa sering, dan seberapa besar? _____					
Jadwal kerja (cantumkan waktu yang sebenarnya jika memungkinkan):						
SENIN	SELASA	RABU	KAMIS	JUMAT	SABTU	MINGGU
Apakah Asuransi Kesehatan diberikan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak						
Jika ya, apakah karyawan didaftarkan ke asuransi kesehatan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak						
Kapan jaminan asuransi dimulai?						
Berapa bagian premi yang harus dibayar karyawan?						
TANDA TANGAN PEMBERI PEKERJAAN/PERWAKILAN					TANGGAL	
NAMA CETAK DAN JABATAN PEMBERI PEKERJAAN/PERWAKILAN					NOMOR TELEPON	